

ANDRÉ DE MIRANDA GOMES

**RECIDIVA PÉLVICA DO ADENOCARCINOMA
RETAL**

**Trabalho apresentado a Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

ANDRÉ DE MIRANDA GOMES

**RECIDIVA PÉLVICA DO ADENOCARCINOMA
RETAL**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina**

**Coordenador do Curso: Edson Cardoso
Orientador: Felipe Felício**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

Este trabalho é dedicado a todos que não
podemos curar, e mesmo assim, não perdem suas
esperanças

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr.Felipe Felício pela paciência e tempo gastos na orientação deste trabalho.

À minha família pelo amor e amizade.

Sr.Wilson do arquivo médico do Hospital de Caridade.

Aos funcionários do serviço de anatomia patológica do HU.

E a Srta. Lani Oliveira pela amizade e colaboração.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	3
3 MÉTODO.....	4
4 RESULTADOS.....	6
5 DISCUSSÃO.....	11
6 CONCLUSÃO.....	19
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
8 RESUMO.....	23
9 SUMMARY.....	24

1 INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma coloretal é a 2º neoplasia mais comum e a 2º causa de morte por câncer nos Estados Unidos, Inglaterra e País de Gales. Estimou-se que anualmente, surgem 160000 novos casos e que aproximadamente 60000 óbitos ocorrem. Apesar dos avanços científicos, a sobrevida global não aumentou nos últimos 40 anos, tendo ficado em torno de 50%.

Apresenta-se com uma leve predileção por pessoas do sexo masculino em relação ao feminino (8:7) quando se trata de adenocarcinoma de reto, sendo que nestas, o seu surgimento tende a ser mais precoce, em torno dos 55 anos enquanto a faixa etária para o sexo masculino encontra-se próximo dos 58 anos. Mais de 50% ocorrem em pacientes acima de 60 anos, tendo como década de maior incidência compreendida entre 60 e 69 anos, caracterizando-se como uma doença de pessoas idosas.

Esta neoplasia é incomum na Ásia meridional e África equatorial, relativamente comum na Europa Central e extremamente comum no norte e oeste europeu, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, sendo portanto uma entidade de países desenvolvidos¹.

Muito mais relacionada com hábitos de vida do que com a raça da população, visto que por exemplo na população japonesa que possui baixa incidência desta doença, ao emigrarem para regiões onde a incidência é maior, nota-se um aumento real da sua frequência neste grupo. Hábitos como dieta pobre em fibras e rica em gordura animal, proteínas e carboidratos estão relacionadas como fatores causais.

Aproximadamente 37% se localizam no reto, número este que aumenta para 57,4% quando consideramos a junção retosigmoídea como reto alto. Destes,

aproximadamente 36% localiza-se no 1/3 superior, 28,6% em 1/3 médio e 35,3% em reto inferior. Em torno de 31,7% caracteriza-se como neoplasia anular, 22,2% localiza-se na parede anterior, 24,9% na parede posterior e 21,2% nas paredes laterais¹

Apesar da evolução cirúrgica nos últimos anos, a recidiva pélvica após cirurgia curativa do câncer retal continua um dos problemas mais frustrantes tanto para o cirurgião como para o paciente². A incidência de recidiva local após resecção do adenocarcinoma retal varia entre 4 e 50%³. A recidiva local está presente em 75% dos pacientes que possuem outras recidivas após cirurgia curativa².

Neste trabalho, foi realizado o estudo retrospectivo do prontuário de 272 pacientes submetidos a cirurgia com intuito curativo para adenocarcinoma de reto, seja por amputação abdominoperineal do reto (cirurgia de Milles) seja por retosigmoidectomia abdominal, no Hospital Universitário e Hospital de Caridade no período compreendido entre janeiro de 1973 e dezembro de 1997 e analisados os casos nos quais foram diagnosticados recidiva pélvica.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo a análise da incidência e terapia empregada para os pacientes portadores de recidiva pélvica de adenocarcinomas retais tratados cirurgicamente pelo serviço de coloproctologia do Hospital Universitário e Hospital de Caridade no período compreendido entre janeiro de 1973 e dezembro de 1997.

3 MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente e longitudinalmente a recidiva pélvica de 20 pacientes, todos com confirmação anatomopatológica, de um total de 272 pacientes portadores de adenocarcinoma retal submetidos a cirurgia considerada curativa realizadas pelo serviço de coloproctologia dos hospitais Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, responsável por 110 pacientes e de Caridade, responsável por 162 pacientes em Florianópolis no período compreendido entre janeiro de 1973 e dezembro de 1997.

Foram relacionados como cirurgia curativa aqueles pacientes em que houve a remoção de todo tumor visível⁵ sem evidências de invasão por contiguidade para outros órgãos⁶ ou de metástases a distância.

Dividiu-se o reto em 1/3 inferior, médio e superior de acordo com a distância em relação a linha pectínea, ou seja, até 5 cm, de 5 à 10 cm e acima de 10 cm respectivamente.

Foram analisados os dados referentes ao sexo; idade; localização; estadiamento anátomo-patológico utilizando-se da classificação proposta por Dukes e modificada por Astler-Coller, levando-se em conta o grau de diferenciação celular, presença ou não de comprometimento ganglionar, presença de células em anel de sinete e células produtoras de mucina. Avaliou-se ainda a técnica cirúrgica utilizada, o uso de grampeador ou de anastomose manual quando se tratava de retosigmoidectomia abdominal; o emprego ou não de quimioterapia ou radioterapia adjuvante; o tempo de aparecimento da recidiva; os sinais e sintomas à época do diagnóstico.

Em relação ao método diagnóstico foram analisados os sinais e sintomas (exame físico), antígeno carcinoembrionário (CEA) e exames de imagem como tomografia computadorizada ou ultrasonografia.

Foram estudados ainda o tratamento da recidiva e a sobrevida dos pacientes.

4 RESULTADOS

Dos 272 pacientes submetidos a cirurgia dita curativa do adenocarcinoma de reto, houve diagnóstico confirmado anatopatologicamente de recidiva local em 20 pacientes (7,35%). Destes, 12 (60%) eram do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino.

A idade média do grupo foi de 60,3 anos, com extremos de idade que variaram de 29 à 85 anos. Nas mulheres, a média foi mais baixa em relação aos homens, 55,5 anos contra 67,5 anos. Houveram 2 casos em pacientes com 29 anos, faixa etária esta considerada extremamente baixa para o surgimento de adenocarcinoma retal. A divisão dos pacientes em relação a idade esta especificada na tabela I.

Tabela I - Idade x N° de casos

<i>IDADE</i>	<i>N° DE CASOS (%)</i>
<i><30 ANOS</i>	2 (10%)
<i>31-40 ANOS</i>	2 (10%)
<i>41-50 ANOS</i>	1 (5%)
<i>51-60 ANOS</i>	3 (15%)
<i>61-70 ANOS</i>	7 (35%)
<i>>70 ANOS</i>	5 (25%)

Fonte: Hospital Universitário /UFSC e Hospital de Caridade, em Florianópolis no período de Jan./73 à Dez./97

Em 11 casos (55%) o tumor se localizava em reto inferior, o segundo lugar mais comum foi o 1/3 médio com 5 casos (25%), seguido do 1/3 superior com 3 casos (15%). Um paciente apresentava-se com massa tumoral comprometendo as três porções do reto.

Em relação ao estadiamento, notou-se que os estadios B2 e C2 foram os mais comuns com 6 casos cada (30%), seguido dos estadios C1 e B1 responsáveis por 5 casos (25%) e 2 casos (10%) respectivamente. Logo, 19 casos (95%) encontravam-se em estadio B ou C. Na nossa amostra, 1 paciente não tinha disponível o estadiamento anatomopatológico. Ao levar-se em conta o grau de diferenciação celular, encontrou-se 15 pacientes (75%) possuidores de adenocarcinoma moderadamente diferenciados e 5 pacientes (25%) com adenocarcinomas bem diferenciados. A maioria, 11 pacientes (55%) possuíam comprometimento ganglionar, em 6 pacientes (30%) foram observadas células produtoras de mucina e em 1 caso (5%) células em anel de sinete estavam presentes.

A cirurgia mais realizada foi a amputação abdomino perineal do reto (APR), cirurgia de Milles, correspondendo a 12 casos (60%). Os outros 8 casos (40%) foram submetidos a retosigmoidectomia abdominal (RSA), sendo a anastomose realizada com grampeador em 5 casos (25%) e manual em 3 casos (15%).

Em 9 pacientes (45%), não foi realizada terapia adjuvante, nos outros 11 pacientes, 5 (25%) submeteram-se a associação de radioterapia e quimioterapia, 5 (25%) a radioterapia isolada e 1 paciente (5%) a quimioterapia.

O tempo médio para o diagnóstico do surgimento da recidiva foi de um ano e seis meses, com um tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos após a cirurgia primária. A divisão dos casos em relação ao tempo de surgimento da recidiva pélvica está demonstrado na tabela II.

Tabela II - Tempo de surgimento x N° de casos

TEMPO SURGIMENTO RECIDIVA	N° DE CASOS (%)
<6 MESES	4 (20%)
6-12 MESES	8 (40%)
12-18 MESES	1 (5%)
18-24 MESE	1 (5%)
>24 MESES	6 (30%)

Fonte: Hospital Universitário /UFSC e Hospital de Caridade, em Florianópolis no período de Jan./73 à Dez./97

Enquanto 13 pacientes (65%) apresentavam-se sintomáticos, sendo 7 após APRs e 6 após RSA, no momento do diagnóstico, 7 (35%) nada sentiam, sendo achados de seguimento de rotina. Os sintomas mais comuns divididos de acordo com a cirurgia primária estão na tabela III e IV.

Tabela III - Sinais e Sintomas x N° de casos (APR)

SINAIS E SINTOMAS	N° DE CASOS (%)	% EM RELAÇÃO N° DE APRs
DOR	4 (20%)	33%
ALTERAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL	1 (5%)	8,3%
NÓDULO	1 (5%)	8,3%
QUEIXAS URINÁRIAS	1 (5%)	8,3%

Fonte: Hospital Universitário /UFSC e Hospital de Caridade, em Florianópolis no período de Jan./73 à Dez./97

Tabela IV - Sinais e Sintomas x N° de casos (RSA)

SINAIS E SINTOMAS	N° DE CASOS (%)	% EM RELAÇÃO N° DE RSAs
SANGRAMENTO	3 (15%)	37,5%
DOR	2 (10%)	25%
ALTERAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL	2 (10%)	25%
OBSTRUÇÃO	2 (10%)	25%

Fonte: Hospital Universitário /UFSC e Hospital de Caridade, em Florianópolis no período de Jan./73 à Dez./97

O diagnóstico foi estabelecido através do exame físico em 16 casos (80%), sendo que em 8 (40%), só foi possível observar a massa através da retossigmoidoscopia, oportunidade a qual a biópsia foi realizada para confirmação diagnóstica. O CEA foi auxiliar do diagnóstico em 5 casos (25%). Em 3 pacientes (15%) foi visualizada massa em região pélvica através da tomografia computadorizada e em 1(5%) através da ultrasonografia.

A terapia mais empregada foi a reoperação, seja com intuito de aumentar a sobrevida ou meramente paliativo, responsável pelo tratamento de 14 pacientes (70%).A radioterapia foi utilizada isoladamente em 3 casos (15%) e a combinação dos três procedimentos (cirurgia + radioterapia + quimioterapia) em 1 paciente (5%). Dois casos (10%) possuíam idade avançada (84 e 85 anos respectivamente) e tumor irrecutível no momento do diagnóstico, não sendo empregada nenhuma terapia.

Em relação a sobrevida, 2 pacientes faleceram e 3 pacientes permanecem vivos, ainda em seguimento, perfazendo um total de 5 casos (25%), no período de 1 ano após o diagnóstico e tratamento de suas recidivas. No período de 1 à 3 anos houveram 10 pacientes (50%), sendo que 4 ainda vivos (25%), um deles com nova recidiva perineal no presente momento, 2 pacientes (10%) faleceram 5 anos após o tratamento de sua recidiva. Existem no momento 2 pacientes (10%) ainda vivos, 7 anos após suas recidivas, fazendo com que atinjam aproximadamente 10 anos de sobrevida total. Há 1 paciente (5%) que chegou a 10 anos de sobrevida, fazendo com que sua sobrevida global ultrapasse os 16 anos, logo, pode-se dizer que em nossa amostra, apenas 15% dos casos podem ser considerados curados e que 50% dos pacientes portadores de recidiva pélvica foram a óbito no período de 5 anos após seu diagnóstico. Existem no presente

momento 10 pacientes ainda em acompanhamento. Os resultados são apresentados na tabela V.

Tabela V- Sobrevida x N° de casos

<i>SOBREVIDA</i>	<i>N° DE CASOS (%)</i>	<i>ÓBITOS</i>
<i>1 ANO</i>	5 (25%)	2
<i>3 ANOS</i>	10 (50%)	6
<i>5 ANOS</i>	2 (10%)	2
<i>7 ANOS</i>	2 (10%)	0
<i>10 ANOS</i>	1 (5%)	0

Fonte: Hospital Universitário /UFSC e Hospital de Caridade, em Florianópolis no período de Jan./73 à Dez./97

5 DISCUSSÃO

A recidiva pélvica do adenocarcinoma retal em pacientes submetidos a cirurgias curativas constitui ainda um grande problema. São documentados resultados muito diferentes em várias publicações. De acordo com a revisão feita por Abulafi e Willians⁴ em 1994, os resultados encontrados em 19 publicações revisadas entre 1928 e 1991 variaram de 2,6% à 32% de recidiva, números que nos mostram as grandes variações existentes na literatura mundial. Em nossa amostra, foi encontrado 7,35% de recidiva pélvica em 272 pacientes estudados, sendo considerado uma porcentagem baixa quando comparado com os trabalhos revisados pelos autores supracitados.

Esta variação, tende a ser explicada por vários fatores que influenciam no surgimento destas recidivas, sejam eles fatores relacionados aos pacientes, ao tumor ou ao tratamento cirúrgico primariamente realizado.

Em relação aos pacientes, a maioria dos trabalhos publicados sugerem uma relação entre a idade do paciente e a recidiva, Moosa et al⁷ e Rinnert-Gongora e Tarter⁸ reportaram em suas séries que a idade aumenta a chance de recidiva e diminui a sobrevida, sendo menor naqueles com mais de 50 anos. A razão para este achado não é clara, especialmente quando todos os pacientes foram submetidos a cirurgias ditas curativas, logo, tende-se a explicar tal fato em termos de condições imunológicas e nutricionais dos pacientes mais idosos. No entanto, Wiggers et al⁹ discorda com este achado e conclui que nem idade nem sexo possuem significado prognóstico para sobrevida, particularmente quando a análise era restrita a sobrevida relacionada a doença. Eles concluíram que a morte por outras causas afeta significativamente a análise da sobrevida total. Em nosso trabalho, a idade média dos pacientes foi de 60,3 anos, 75% do grupo possuíam

idade superior a 50 anos, confirmando assim a tendência de ser uma doença de pessoas idosas, no entanto, o aparecimento da recidiva e do próprio câncer em dois pacientes de 29 anos, nos chama atenção para o fato de que apesar de incomum, é um problema que pode ocorrer em jovens, devendo sempre ser pensado quando o quadro clínico for compatível.

O fato de 12 pacientes serem do sexo feminino e 8 do masculino não possui significado estatisticamente importante, visto o pequeno número de nossa amostra.

Em relação aos problemas relacionados ao tumor, um grande número de estudos sugerem que tumores situados abaixo de 6 cm da margem anal estão relacionados com um maior número de recidivas⁴. Há uma unanimidade sobre o significado prognóstico do nível tumoral no reto, foi sugerido que a incidência maior em lesões do reto inferior pode ser dada pelo espaço limitado da pelve inferior, permitindo a rápida invasão tumoral em tecidos adjacentes e também fazendo com que seja mais difícil a erradicação cirúrgica completa. Também pode refletir, pelo menos em parte, a detecção mais fácil nos níveis mais baixos comparados com a cavidade peritoneal⁴. Os valores encontrados em nossa amostra vai de encontro com a literatura, visto que 55% estavam localizados no reto inferior.

Os resultados encontrados demonstram que 95% dos tumores estavam situados no estadio B ou C, fato este que comprova que a classificação de Dukes modificada por Astler-Coller é isoladamente o fator prognóstico mais importante^{4,5}.

O trabalho de Wood et al¹⁰, mostrou que a fixação tumoral era um fator prognóstico importante para a sobrevida quando ocasionada por extensão tumoral direta mas não quando ocasionada por reação inflamatória local. O trabalho de

Quirke et al³, demonstrou que 14 pacientes dos 52 operados com intuito curativo possuíam invasão lateral microscópica, e destes, 12 desenvolveram recidiva pélvica, relacionando assim o grau de invasão tecidual e a técnica cirúrgica inadequada com o surgimento de recidivas.

Vários autores demonstraram que para lesões Dukes C, o número de linfonodos envolvidos influencia a recidiva local e a sobrevida, outros autores acham também que os tumores indiferenciados são piores dos que os bem diferenciados⁴. Achamos 55% dos pacientes com comprometimento ganglionar e 75% possuidores de células moderadamente diferenciadas contra apenas 25% de tumores bem diferenciados, demonstrando assim uma concordância com a literatura. O fato de nenhum tumor possuir células indiferenciadas nos causa espanto, devendo ser motivo de uma pesquisa mais aprofundada para o melhor esclarecimento deste fato.

A produção de mucina pelos tumores é reportado por Umpleby e at¹¹ como associado a um maior risco de recidiva pélvica e sobrevida pobre. Pensa-se que isto ocorre pela tendência destes tumores em estarem associados com estágios avançados e grau de fixação tumoral maior do que as lesões não mucinosas. Halvorsen e Serim¹² demonstraram que isto é verdadeiro, principalmente quando associados com células em anel de sinete. Na nossa casuística, 30% possuíam células produtoras de mucina e apenas 5% células em anel de sinete.

Outros fatores prognósticos relacionados ao tumor são a invasão vascular, especialmente de grandes veias extramurais; a invasão tumoral de vasos linfáticos; o padrão de crescimento tumoral na histologia (se expansivo ou infiltrativo) e a presença de infiltração linfática.⁴

Fatores relacionados com a cirurgia também afetam profundamente o prognóstico. A experiência do cirurgião que realiza a operação, "variação

relacionada ao cirurgião”, aparece influenciar significativamente os valores. Phillips et al.¹³ encontraram recidivas que variaram entre 5 e 20 % entre 20 cirurgiões participantes do “grande projeto de pesquisa de cancer”. Similarmente, McArdee e Hole¹⁴ notaram valores que variaram de 0 à 21% entre os cirurgiões que participaram de seus estudos. Tal variação pode provavelmente ser explicada pela percepção de cada cirurgião do que se constitui uma resecção curativa e, sem dúvida, relacionada a inadequada resecção do mesoreto e remoção incompleta dos linfonodos envolvidos durante a cirurgia para tratamento do adenocarcinoma de reto.

Heald et al¹⁵ demonstrou que, em pacientes com câncer retal, nas margens do mesoreto repousam células adenocarcinomas, mesmo na ausência de comprometimento ganglionar. Mais tarde, o mesmo grupo argumentou que a recidiva tumoral se deve, pelo menos em parte, a células tumorais remanescentes no mesoreto. Eles sugeriram que as gritantes diferenças nos valores publicados entre cirurgias do reto alto e baixo poderia ser explicado pela incisão inadequada do mesoreto durante a resecção anterior, uma vez que estas diferenças desapareceram quando o mesoreto foi completamente e rotineiramente resecado, o que levou também a valores excepcionalmente baixos de recivas pélvicas.

Herrera-Ornelas et al¹⁶ conclui que 64% dos linfonodos que continham tumor eram menor do que 5mm de tamanho, sendo facilmente perdidos durante a cirurgia pelo cirurgião, demonstrando a importância da remoção dos linfonodos de drenagem em bloco. Entretanto, a importância da linfadenectomia radical para o tratamento do câncer retal ainda não foi completamente definida. Vários autores japoneses e americanos demonstraram que a linfadenectomia radical de rotina no tratamento do câncer retal diminui a recidiva e aumenta a sobrevida, admitem que ocorre um risco maior de lesão de nervos pélvicos que podem levar a impotência

em homens e disfunção vesical. Porém, vários outros autores criticam estes resultados, argumentando que estes trabalhos são retrospectivos, sem grupo controle e que alguns emitem informações sobre o efeito da linfadenectomia radical em pacientes cujos linfonodos já são possuidores de metástases. Esta dúvida só será sanada com a realização de estudos randomizados e controlados⁴

Existem relatos conflitantes sobre se o tipo de cirurgia realizada afeta ou não o aparecimento de recidivas. Phillips et al¹⁷ observou recidiva significativamente maior após RSA em relação a APR, outros autores, entretanto, não acharam diferenças significativas entre as duas técnicas⁴. Nenhum destes estudos era controlado. Foi sugerido que tais diferenças poderiam ser explicadas pelo chamado “efeito cone”, onde o plano de dissecação na RSA se torna mais próximo do reto quando comparada a APR, no entanto, tal efeito pode ser excluído se o plano de dissecação proposto por Herald¹⁵ for respeitado, aumentando assim a possibilidade de tal diferença se dar as custas da experiência do cirurgião⁴. Os trabalhos iniciais que demonstravam uma tendência maior a recidiva quando utilizado sutura por grampeador^{18,19} não foram repetidos em estudos posteriores, sendo caracterizada como responsável por tais resultados a chamada “curva de aprendizado”. Interessantemente, um estudo prospectivo multicêntrico controlado em 294 pacientes operados por 15 diferentes cirurgiões, demonstrou uma diminuição de aproximadamente 50% na recidiva pélvica quando a utilização de grampeador foi comparada com a anastomose manual. No entanto tal resultado ainda deve ser reproduzido por outros estudos antes da utilização do grampeador para anastomose coloretal no tratamento do câncer ser recomendado de rotina⁴. Em nosso estudo, o maior número de APRs em relação a retosigmoidectomia se deve a um maior número de lesões situadas no reto inferior, situação na qual esta técnica se impõe. Não foi encontrada diferenças significativas em relação a

utilização do grampeador , visto que este foi utilizado em 5 casos, comparados a 3 casos onde a anastomose foi realizada de maneira manual, diferença esta estatisticamente insignificante.

Outros fatores relacionados a cirurgia que podem influenciar no aparecimento de recidivas pelve-perineais são a integridade da anastomose e a perfuração tumoral no transoperatório.

O trabalho publicado pelo grupo de estudos de tumores gastrointestinais²⁰ estudou randomizadamente 227 pacientes submetidos a cirurgias curativas de adenocarcinoma retal e concluiu que a terapia combinada aumenta em poucos meses o tempo de surgimento da recidiva pélvica quando comparada com as demais modalidades terapêuticas, nem a quimioterapia nem a radioterapia isolada apresentaram vantagem em relação ao grupo que se submeteu somente a cirurgia. Mesmo no grupo de terapia combinada, não se verificou aumento da sobrevida, questionando-se assim a sua utilização visto os inúmeros efeitos colaterais que as duas terapêuticas combinadas causam ao organismo humano. Após o tratamento cirúrgico de seus tumores retais, 45% dos pacientes não se submeteram a nenhum tipo de terapia adjuvante, 25% a radioterapia isolada e 25% a associação entre radioterapia e quimioterapia, apenas 1 paciente se submeteu a quimioterapia isolada. O fato de 55% de nossos pacientes terem submetidos a recursos terapêuticos adjuvantes a cirurgia primária pode ter ocorrido pela grande variação cronológica a qual este estudo foi realizado, visto o brutal desenvolvimento científico que ocorreu em 24 anos. Pode ter se dado também as custas de casos específicos, os quais haveriam alguma indicação para o emprego de tais terapias. De uma maneira ou de outra o fato merece um estudo mais detalhado para elucidar tais questionamentos, o que foge do objetivo do presente trabalho, porém pode ser objeto de futura pesquisa.

Sabe-se que a maioria das recidivas ocorrem num período de aproximadamente 2 anos após a cirurgia primária, logo, nos parece lógico que o seguimento de rotina destes pacientes deve ser intensificado neste período para detecção o mais precoce possível e instituição da terapêutica apropriada. Entretanto, o valor de tal seguimento intensivo tem sido questionado, Cochrane et al.²¹ notou que a maioria dos pacientes apresentou recidivas durante as consultas de rotina, Beart e O'connell²² reportou que 41 dos 48 pacientes que estavam sendo seguidos num intervalo de 3 meses referiram sintomas. Por outro lado, Reid et al¹⁹ encontrou que metade de seus pacientes com recidiva local eram assintomáticos e tiveram seus diagnósticos realizado através de protocolos de investigação. Entre os diversos exames disponíveis, a utilização do CEA, apesar da sua falta de especificidade, é a que vem ganhando maior apoio dos pesquisadores, deixando outros métodos como tomografia computadorizado ou enema baritado para a investigação de casos específicos e não de rotina⁴. Hoje se preconiza a realização intensificada no período de 24 meses após a cirurgia em pacientes com risco aumentado de desenvolvimento de recidiva local (Dukes B2 e C) um exame clínico detalhado composto de retossigmoidoscopia, exame vaginal e perineal e a dosagem dos níveis séricos do CEA pelo menos de três em três meses⁴. Os resultados encontrados vão de encontro com a literatura, visto que 70% de nossos pacientes tiveram seus diagnósticos de recidiva realizados num período de 2 anos (tempo médio de 1 ano e 6 meses); 35% dos nossos pacientes eram assintomáticos, demonstrando assim o valor da realização de exames de rotina. Em 80% o diagnóstico deveu-se ao exame físico, incluindo aí a retossigmoidoscopia, que visualizou a massa tumoral em 50% destes pacientes, perfazendo um total de 40% do total de casos. O CEA foi auxiliar do diagnóstico em 25% dos casos, sendo o seu aumento súbito a primeira pista diagnóstica o que

levou a uma investigação mais detalhada destes pacientes. Os demais exames de imagem foram necessários para confirmação diagnóstica em apenas 20% dos nossos pacientes, todos eles com algum grau de manifestação prévia, seja ela laboratorial ou sintomática.

Inúmeras terapias tem sido relatadas na literatura ^{2,4,23,24,25} porém nenhum destes trabalhos possuíam grupo controle ou eram randomizados. Sabe-se que a maioria dos tratamentos possuem intuito meramente paliativos. Cirurgia quando possível, continua sendo o tratamento de escolha e em alguns casos ela pode ser curativa. A resecção cirúrgica oferece o melhor alívio para os sintomas²⁵, porém a sobrevida ainda não pode ser considerada satisfatória. Em nossa casuística, 70% dos casos foram tratados cirurgicamente, seja com intuito curativo ou meramente paliativo, conseguindo um índice de cura (tempo livre de doença maior que 5 anos) de apenas 15%, número este que vai de encontro com a literatura pesquisada²⁵. Apesar de termos ainda 7 pacientes vivos, sendo 3 deles com menos de 1 ano de cirurgia e 4 com menos de 3 anos da cirurgia primária, número este extremamente importante para uma melhor análise de nossos dados, podemos afirmar que 50% dos nossos casos foram a óbito em menos de 5 anos, demonstrando a alta mortalidade desta entidade, logo, a melhor terapia é a resecção adequada, com todos os cuidados técnicos que uma cirurgia oncológica exige, de toda massa tumoral no momento da primeira cirurgia..

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho conclui que a incidência de recidiva pélvica na população estudada foi de 7,35%.

A neoplasia retal é uma entidade basicamente de pessoas idosas, porém não exclusivamente.

É mais comum em tumores situados no terço inferior do reto.

Tem como principal fator prognóstico isolado a precocidade da invasão tumoral dada pela classificação de Dukes modificada por Astler-Coller.

Tende a surgir num período de 2 anos após a cirurgia primária, devendo seu seguimento ser intensificado neste período através de exames clínicos e laboratoriais.

Possui prognóstico reservado, porém as chances de cura, apesar de remotas existem.

6 REFERÊNCIAS

1. Goligher J. Cirurgia do ânus, reto e colo v.1. 5ªEd. São Paulo:Manole; 1990.
2. Cunningham JD, Enker W, Cohen A. Salvage therapy for pelvic recurrence following curative rectal cancer resection. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:393-400.
3. Qurke P, Dixon MF, Durdey P, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection.. Histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. *The Lancet* 1986;18:996-99.
4. Abulafi AM, Williams NS. Local recurrence of colorectal cancer: the problem, mechanisms, management and adjuvant therapy.*Br.J. Surg.* 1994;81:7-19.
5. McDermott FT, Hughes ESR, Pihl E, Johnson WR, Price AB. Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1008 patients. *Br.J.Surg.*1995;72:34-7.
6. Carlsson U, Lason A, Ekelund G. Recurrence rates after curative surgery for rectal carcinoma, with special reference to their accuracy. *Dis Col Rect* 1987;30:431-34.
7. Moosa AR, Ree PC, Marks JE, Levin B, Platz CE, Skinner DB. Factors influencing local recurrence after abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Br.J.Surg* 1975;62:727-30.
8. Rinnert-Gongorra S ,Tartter PI. Multivariate analysis of recurrence after anterior resection for colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1989;157:573-6.
9. Wiggers T, Arends JW, Volovics A. Regression analysis of prognostics factors in colorectal cancer after curative sesections. *Dis Colon Rectum* 1988;31:33-41.

10. Wood CB, Gillis CR, Hole D, Malcolm AJ, Blungart LH. Local tumour invasion as prognostic factor in colorectal cancer. *Br J Surg* 1981;68:326-8.
11. Umpleby HC, Ranson DL, Williamson RC. Peculiarities of mucinous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1985;72:715-18.
12. Halvorsen TB, Seim E. Influence of mucinous components on survival in colorectal adenocarcinoma: a multivariate analysis. *J clin Pathol* 1988;41:1068-72
13. Phillips RK, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Local recurrence following curative surgery for large bowel cancer.:I. The overall picture. *BR J Surg* 1984;71:12-16.
14. McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and ultimate survival. *BMJ* 1991;302:1501-5.
15. MacFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993;341:457-60.
16. Herrera-Ornelas L, Justiniano J, Castillo N, Petrelli NJ, Stule JP, Mittelman A. Metastasis in small lymph nodes from colon cancer. *Arch Surg* 1987;122:1253-6.
17. Phillips RKS, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Local recurrence following curative surgery for large bowel cancer:II. The rectum and rectosigmoid. *BR J Surg* 1984;71:17-20.
18. Hurst PA, Prout WG, Kelly JM, Bannister JJ, Walker RT. Local recurrence after low anterior resection using the staple gun. *Br J Surg* 1982;69:275-6.
19. Reid JD, Robins RE, Atkinson KG. Pelvic recurrence after low anterior resection and EEA stapling anastomosis for potentially curable carcinoma of the rectum. *Am J Surg* 1984;147:629-32.

20. Gastrointestinal tumour study group. Prolongation of the disease-free interval in surgically treated rectal carcinoma. *N E J Medicine* 1985;312:1465-72.
21. Cochrane JP, Williams JT, Faber RG, Slack WW. Value of outpatient follow-up after curative surgery for carcinoma of the large bowel. *BMJ* 1980;280:593-5.
22. Beart RW, O'Connell MJ. Post operative follow-up of patients with carcinoma of the colon. *Mayo Clin Proc* 1983;58:361-3.
23. Lowy AM, Rich TA, Skibber JM, Dubrow RA, Curley SA. Preoperative infusional chemoradiation, selective intraoperative radiation, and resection for locally advanced pelvic recurrence of colorectal adenocarcinoma. *Annals of Surg* 1996;223:177-85.
24. Wanebo HJ et al. Pelvic recurrence of rectal cancer. Options for curative resection. *Ann. Surg.* 1987;205:482-95.
25. Mäkelä J, Haukipuro K, Laitinen S, Kairaluoma MI. Surgical treatment of recurrent colorectal cancer. Five year follow-up. *Arch Surg* 1989;124:1029-32.

7 RESUMO

O adenocarcinoma coloretal é a 2º neoplasia mais comum e a 2º causa de óbitos por câncer. Apesar da evolução cirúrgica dos últimos anos, sua recidiva pélvica após cirurgia curativa continua um dos problemas mais frustrantes tanto para o cirurgião como para o paciente.

Foi realizado um estudo retrospectivo, longitudinal que analisou a recidiva pélvica de 20 pacientes em um total de 272, submetidos a cirurgia curativa de adenocarcinoma retal no período compreendido entre janeiro de 1973 e dezembro de 1997 no Hospital Universitário e Hospital de Caridade em Florianópolis, com o objetivo de analisar a incidência e terapia empregada para seu tratamento.

Conclui-se que a incidência de recidiva pélvica na população estudada foi de 7,35%, sendo mais comum em neoplasias situadas no reto inferior, com uma mortalidade em 5 anos de 50%.

8 SUMMARY

The colorectal adenocarcinoma is the 2nd most common cancer and the 2nd cause of deaths by cancer. Despite the surgical evolution in the last few years, pelvic recurrence remains one of the most frustrating problems for the surgeon and for the patient.

Has been realised a retrospective, longitudinal study that analised 20 patients with pelvic recurrence in a total of 272 patients that underwent to curative surgery for rectal adenocarcinoma from january 1973 to december 1997 in the Universitary Hospital and Carity Hospital in Florianópolis with the aim to analise the incidence and the therapy used for its treatment.

We have concluded that the incidence was 7,35%, it was more common in tumours situated in the lower third of the rectum, with a mortality rate in 5 years of 50%.

**TCC
UFSC
CM
0356**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0356

Autor: Gomes, André de Mi

Título: Recidiva pélvica do adenocarcino



972804151

Ac. 253508

Ex.1 UFSC BSCCSM